

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

590

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juillet 1896 à 1 heure

PAR

P. RICORDEAU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉLIRES SEPTIQUES

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges MM. { *REYNIER, professeur.*
 { *GILLES DE LA TOURETTE et THOINOT, agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

590

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juillet 1896 à 1 heure

PAR

P. RICORDEAU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉLIRES SEPTIQUES

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges MM. { REYNIER, professeur.
 { GILLES DE LA TOURETTE et THOINOT, agrégés.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
Clinique des maladies des enfants.	HAYEM.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SOEUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

Médecin à l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la légion d'honneur.

INTRODUCTION

La question, que nous allons étudier dans ce travail est une question dont l'interprétation n'est pas facile comme d'ailleurs pour toutes celles qui touchent en même temps au système nerveux et à la psychologie.

Le délire des blessés a été décrit pour la première fois par Dupuytren sous le nom de délire nerveux; puis par Chaillou dans sa thèse de 1833.

Au contraire A. Fournier et Ball s'efforcèrent d'identifier complètement le délire alcoolique et le délire traumatique.

Broca défendit la même opinion de même que Festal dans sa thèse (Paris 1877). Depuis, Lasègue, Trélat, Foville, Verneuil ont encore affirmé la même façon de pensée.

C'est à M. le professeur Le Dentu que revient l'honneur d'avoir résisté au courant des idées et d'avoir montré, en se basant sur les faits de son observation personnelle, en particulier pendant la dernière guerre franco-allemande, que le délire décrit par Dupuytren était bien réellement une entité morbide spéciale, distincte du délirium tremens et des autres délires.

Verneuil se rangea à cette opinion, abandonnant les idées de Broca.

D'ailleurs Calmeil, Delorme dans sa « chirurgie de guerre » Weir Mitchell, etc., pensent de la même façon que M. Le Dentu.

En somme, on voit que la question de ces délires trau-

matiques est très complexe et très discutée ; il n'est donc pas surprenant que nous ne puissions l'aborder sans une certaine timidité.

Nous exposerons d'abord les signes des délires septiques et les formes diverses qu'ils peuvent revêtir suivant les circonstances et les individus. — Nous nous efforcerons d'insister dans cette description des symptômes sur les points caractéristiques et constants de ces délires ; points par lesquels on peut les reconnaître et les différencier d'avec les autres.

Après avoir envisagé dans un second chapitre les causes et les théories pathogéniques invoquées pour expliquer ces troubles mentaux, nous dirons quelques mots du diagnostic ; nous relaterons nos observations et nous terminerons par les quelques conclusions que nous croyons logique de tirer de cette rapide étude.

Mais avant d'aborder notre sujet nous tenons à remercier les maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Que nos Maîtres de l'Ecole de Poitiers, MM. les docteurs Chédevergne, Brossard et Chrétien, reçoivent l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Nous remercions aussi MM. les docteurs Polaillon, Brault, Hippolyte Martin, Huchard, Jules Simon et Pinard de l'enseignement qu'ils nous ont donné, durant les stages que nous avons fait dans leur service.

Nous témoignons notre profonde gratitude à M. le professeur Strauss qui veut bien nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

FORMES DES DÉLIRES SEPTIQUES

Quelle que soit la cause intime des délires dont nous parlons ici, ils se présentent sous des formes diverses, mais cependant assez définies pour qu'on puisse en faire le diagnostic.

Dupuytren (1) le premier les a bien observés et a donné une description très nette de leurs symptômes, caractérisés surtout par l'absence de fièvre qui est à peu près constante ici. Voici en quels termes il s'exprime à ce sujet dans ses leçons orales de clinique chirurgicale : « Si le soir le lendemain ou le surlendemain d'une fracture, d'une luxation, d'une tentative de suicide ou d'une opération quelconque, le malade paraît dans un état de gaité surnaturelle, s'il parle beaucoup, s'il a l'œil vif et la parole brève, les mouvements brusques et involontaires, s'il affecte un courage et une résolution désormais inutiles, tenez-vous sur vos gardes.

« Bientôt il se manifeste une singulière confusion d'idées sur les lieux, les personnes et les choses : le malade en proie à l'insomnie est ordinairement dominé par une idée plus ou moins fixe, mais presque toujours en rapport avec sa profession, ses passions, ses goûts, son âge, son sexe ; il se livre à une jactitation continuelle. Les parties

(1) DUPUYTREN. — *Leçons orales de clinique chirurgicale* 2. édition 1839. t. 11, page 231.

« supérieures de son corps sont couvertes d'une sueur abon-
« dante. Les yeux deviennent brillants, injectés ; la face
« s'anime et se colore. Il profère avec une loquacité extra-
« ordinaire des paroles menaçantes, des vociférations effra-
« yantes. Son insensibilité est souvent telle qu'on a vu
« des individus atteints de fractures comminutives des ex-
« trémités supérieures, arracher leur appareil et marcher
« en s'appuyant sur leur membre brisé, sans témoigner la
« moindre douleur ; d'autres qui avaient les côtes fracturées
« s'agitaient et chantaient sans manifester la plus légère
« souffrance ; quelques-uns enfin opérés d'une hernie indro-
« duisaient leurs doigts dans la plaie et s'amusaient froide-
« ment à dérouler leurs intestins comme s'ils faisaient cette
« manœuvre sur un cadavre. Malgré l'apparente gravité des
« symptômes, le pouls tranquille et calme n'éprouve
« d'autre altération que celle que détermine le désordre
« des mouvements, il n'y a pas de fièvre. Les fonctions ex-
« crémentielles s'exécutent avec leur régularité accoutu-
« tumée, mais l'appétit est nul et au bout de deux, quatre
« ou cinq jours, cette affection se termine par la mort, mais
« beaucoup plus souvent par la guérison. Si cette heureuse
« terminaison doit avoir lieu, le calme revient sans crise
« apparente et aussi brusquement que le désordre a com-
« mencé. Un sommeil profond s'empare du malade excédé
« de fatigue ; au bout de dix à quinze heures au plus,
« il s'éveille en pleine raison, sans souvenir du passé,
« faible et sensible à la douleur. — L'appétit renait, la
« maladie primitive poursuit son cours et tout rentre dans
« l'ordre. Constamment plus faible à chaque récurrence, ce
« délire peut se renouveler jusqu'à deux ou trois fois, après
« un ou deux jours de rémission.»

Telle est la façon dont le célèbre chirurgien a décrit cette affection, on nous pardonnera la longueur de la citation,

en raison de la vérité et de la précision avec lesquelles ce délire est décrit par Dupuytren.

Cependant les choses ne se passent pas toujours exactement ainsi, à côté de la forme aiguë, bruyante de ce délire qui peut aller jusqu'à la fureur, il en existe une autre forme souvent plus tardive dans son apparition ; c'est un délire calme et tranquille qui rappelle beaucoup le délire sénile vrai.

M. Le Dentu (1) dans son livre insiste beaucoup sur ce point et dit que si le délire d'excitation pendant la guerre franco-allemande, est celui qu'il a le plus observé, il n'est pas le seul. — Il existe deux types de délire qu'il faut bien distinguer : les délires agités ou violents, les délires calmes et dépressifs.

Dans la première forme, le début est ordinairement brusque et rapproché de l'accident, auquel nous semble-t-il, on est en droit de l'imputer en partie tout au moins. — Dans la seconde au contraire c'est généralement plus tard et après quelques signes prodromiques que le délire s'installe avec un caractère calme et tranquille et une forme qui se rapproché énormément du délire des vieillards. Si donc la première forme a bien des points communs avec le *déli-rium tremens*, dont elle diffère néanmoins, comme nous le verrons un peu plus loin, la seconde ressemble plutôt au délire sénile.

Dans la forme aiguë nous dit le Professeur Le Dentu, voici ce qu'on observe : « Le trouble mental commence par une « agitation extrême, survenant brusquement ou précédé de « quelques symptômes prémonitoires et pouvant aller jusqu'à « la folie furieuse, les yeux sont brillants, la face injectée : « il y a de l'insomnie, des hallucinations, une insensibilité

(1) *Études de clinique chirurgicale*. Paris

« complète etc... Le pouls reste calme et il n'y a pas de fièvre. — Le délire dans ces cas s'est produit le troisième jour environ, sauf chez la femme opérée de la cataracte où il survient le quinzième jour. »

En somme, il s'agit d'une forme de délire particulière avec agitation violente ; les malades sont d'une gaiété excessive comme chez notre malade de l'observation I, ou pris de fureur et de rage comme dans notre premier cas. La mimique devient absolument incohérente et les yeux sont rouges d'une vivacité extrême. La sensibilité est très émue et peut même disparaître complètement dans bien des circonstances. — Dans leur délire les malades sont toujours occupés de leurs actes professionnels habituels ; ils ont l'illusion de les accomplir et emploient les expressions dont ils se servent journellement en pareille circonstance. S'ils voient des gens autour d'eux qu'ils ne reconnaissent pas, ils les prennent pour des camarades de travail, ils les interpellent vivement d'une voix haéchée et coupée. Ils croient même les avoir à leurs côtés alors qu'il sont couchés dans leur lit d'hôpital. Ils revoient généralement leur accident et racontent souvent avec une rigoureuse exactitude l'ordre de succession des péripéties de leur traumatisme.

Généralement ce délire est complètement apyrétique ; pourtant la fièvre peut exister ; mais alors ses variations ne semblent avoir aucune relation avec lui.

On verra dans les observations que nous rapportons que des malades qui ont eu de la fièvre élevée avant leur délire, peuvent rester sans élévation de la température, ou avec des oscillations dues à l'état local, à leur plaie et sans rapport aucun avec leur situation mentale. — Comme le fait remarquer Th. Reeb, cité par Ricard (1) dans son article

(1) RICARD, Délire traumatique. *Traité de chirurgie clinique et opératoire* ; tome I, p. 81.

du traité de chirurgie clinique et opératoire de MM. Le Dentu et Delbet pendant qu'il était à Strasbourg il a vu des cas de délires aigus se déclarer pendant la guerre, aussi bien et en aussi grand nombre chez les malades des services de médecine que chez les blessés et les opérés.

La forme calme du délire se trouve en substance, comme le dit Ricard, dans la relation du siège de Strasbourg par Reeb et Poncet ; aussi nous la rapporterons ici textuellement.

« Chez la plupart des blessés on notait une grande excitation, des sentiments affectifs. — Le plus grand nombre « voulait à tout prix retrouver sa mère ou son père et finis-
« sait par succomber dans une agitation incroyable, mêlée
« de pleurs et de plaintes. D'autres en plus petit nombre,
« lançaient des imprécations, demandaient des fusils pour
« tuer les ennemis ou faisaient des commandements
« militaires. Certains, tranquilles en apparence suivaient d'un
« regard inquiet et terrifié les progrès du feu et le trajet
« des obus. Le lendemain, quand le danger éminent était
« éloigné, le délire éclatait chez les plus calmes de la veille,
« et les troubles cérébraux étaient suivis de gangrène com-
« plète des moignons et des lambeaux, du frisson initial, de
« la pyohémie et de morts subites. »

Il est bien certain, que les malades, que nous observons aujourd'hui, ont peut-être dans l'ensemble un délire moins intense ; ou tout au moins le tableau qui succède au trouble mental, diffère beaucoup de celui qui nous est tracé plus haut ; mais cela se conçoit sans peine. D'une part en effet, les blessés et les malades observés pendant une guerre et principalement au moment où leur armée essuie des revers, sont évidemment dans un état mental physiologique très différent des ouvriers qui viennent à l'hôpital. La surexcitation du système nerveux est évidemment beaucoup plus grande chez les premiers que chez les seconds ;

aussi la forme calme et tranquille du délire s'observe-t-elle plus souvent peut-être qu'à ce moment. C'est habituellement un délire plus déprimé et auquel ne succède pas toujours les phases d'excitation dont parlent Reeb et Poncet. — Quant aux graves accidents de pyohémie et d'infection générale qui apparaissaient jadis à la faveur de cet état nerveux, ils sont devenus exceptionnels de nos jours, à cause des progrès de la chirurgie qui possède et applique désormais les deux méthodes si remarquables d'asepsie et d'antisepsie. Il est juste d'ajouter cependant, qu'en temps de guerre, dans les ambulances installées à la hâte, où viennent s'encombrer une foule de blessés à la fois, les conditions sont bien changées, par la force des circonstances mêmes.

M. Le Dentu ajoute encore que dans les deux formes de ce délire septique on peut rencontrer des particularités telle que l'amnésie verbale, l'aphasie, les évacuations involontaires, les eschares sacrées ou fessières. Tous ces accidents sont la preuve de l'ébranlement considérable du système nerveux et du trouble de la nutrition. L'organisme est peu résistant, il se défend mal contre la moindre petite infection locale, et ses éléments anatomiques sont dans un état indéniable d'infériorité vitale.

Enfin, d'après ce que nous voyons dans les observations qui servent de base à ce modeste travail, plusieurs caractères constants se retrouvent dans ces délires, qu'elle qu'en soit d'ailleurs la forme, excitée et bruyante, calme ou dépressive.

Ce sont d'abord les erreurs de noms et de lieux; elles n'ont pas manqué une seule fois dans nos cinq observations. Les malades des observations I et II donnaient aux gens du service les noms de leurs camarades de travail ou celui de leur patron, ils se croyaient au lieu de leur accident, ou bien

ils se voyaient livrés à leurs occupations habituelles, conduisant leurs chevaux. Le malade qui est l'objet de notre troisième observation, lorsqu'il se levait et marchait en chemise et nu pieds dans la salle, répétait sans cesse en donnant le nom d'un de ses parents : « Je viens d'Orléans où je suis allé voir ma parente. La route est longue et je suis fatigué ; mais je touche à la fin de mon voyage et voici les fortifications... c'est égal, ils auraient bien pu me faire conduire en voiture... »

D'un autre côté, une des marques de ce délire qui nous a paru constante, c'est le caractère professionnel. Les deux premiers malades étaient sans cesse à leur travail, arrêtant leur voiture pour inviter leurs amis à boire, rencontrant sur leur route mille obstacles. De même dans les observations IV et V, les idées professionnelles ont été constamment dominantes. Quant à notre troisième malade, garçon de recettes dans une maison de banque, il était toujours occupé à compter son argent, ne pouvant trouver son compte exact ; et souvent encore, il disait : « Jamais je ne pourrai arriver à faire tous mes recouvrements aujourd'hui ; c'est trop d'ouvrage pour moi. »

Enfin, il est encore deux caractères qui nous ont paru avoir un degré de constance assez important ; ce sont les hallucinations de la vue et les idées de persécution.

Chez tous ces malades ces deux particularités n'ont jamais fait défaut ; les uns voyaient et montraient le fouet qu'ils pensaient tenir à la main ; les autres, les mains vides, croyaient vous remettre de l'argent ; le malade de l'observation III voyait son sac de garçon de recette et croyait le mettre sous son bras, le serrant contre lui dans la crainte qu'on ne le lui volât.

Plus caractéristiques sont peut-être encore les idées de persécution : « on peut les voir dans chacune des observa-

tions que nous joignons à ce travail ; tous les malades se plaignaient d'être martyrisés ; tout le monde leur en voulait, on les menaçait, on les torturait, on cherchait à les tuer lentement en les privant de nourriture, et leur tendance commune était de se lever et de quitter les salles pour se soustraire à leurs ennemis et à leurs bourreaux. Tous étaient hantés par cette idée fixe « rentrer chez eux, où on ne les ferait pas souffrir comme à l'hôpital et où leurs persécuteurs ne sauraient pas venir les trouver. »

A vrai dire, aucun de ces caractères n'est pathognomoniques des délires que nous décrivons ici ; ils se retrouvent dans bien d'autres formes délirantes, vésaniques ou non. Mais leur réunion, jointes aux conditions dans lesquelles s'est produit le trouble mental, la marche du délire., tout cela permet cependant d'arriver au diagnostic assez facilement.

Quelle est maintenant la marche de ces accidents ? D'abord leur époque d'apparition est variable suivant Ricard, c'est surtout du deuxième au cinquième jour que le délire éclate ; mais chez certains malades il peut survenir dès le jour de l'accident, ou immédiatement après une intervention chirurgicale.

Parfois il peut apparaître beaucoup plus tard ; M. Le Dentu l'a vu survenir chez une diabétique quinze jours après l'opération de la cataracte ; dans nos observations II, III, IV et V, le délire s'est produit assez tardivement qu'elle qu'en fût d'ailleurs la forme ; excitation furieuse chez le malade de l'observation IV, dépression et délire calme chez les malades II et V ; alternative de délire calme et de délire bruyant avec excitation chez le malade n° III. Il n'y a donc là rien de régulier.

Après ce début qui est brusque ou précédé de quelques prodromes, divagations, changement de caractère, optimisme,

gaîté insolite ou tristesse, que le délire atteint son maximum au bout de deux ou trois jours. Sa durée est tout à fait variable, mais il ne disparaît guère avant dix ou douze jours d'après Ricard. C'est bien là, à peu près la durée, qu'il a dans nos cas, sauf dans le premier où le délire a cessé brusquement après l'amputation du pied écrasé et gangréné, et dans le cinquième où la malade a succombé rapidement en pleine agitation.

La terminaison serait au dire de Dupuytren toujours favorable et la guérison serait la règle. « Obscur dans ses causes, « variable dans sa marche, effrayant dans ses symptômes, le « délire nerveux est néanmoins rarement funeste, lorsqu'on « y oppose en temps opportun un remède efficace. »

Telle n'est pas l'opinion des auteurs qui sont venus depuis parler de ces délires ; M. Le Dentu a vu mourir trois malades sur douze et chez deux de ces malades qui ont succombé, il n'a été possible de révéler aucune lésion macroscopique. M. Terrier d'autre part dit que les accidents du délire nerveux, peuvent persister, s'accroître et amener la mort dans un délai de deux à cinq jours.

Lorsque les malades guérissent, ce qui est malgré tout, et fort heureusement la terminaison la plus fréquente, ils tombent dans un sommeil profond et réparateur et se réveillent débarrassés de leurs idées délirantes dont ils ne gardent absolument aucun souvenir précis ; quelques-uns disent seulement qu'ils ont eu des rêves pénibles et fatigants. Mais les imprudences, la persistance des causes qui ont fait naître le délire peuvent le faire réapparaître et les récidives ne sont pas rares.

Tels sont rapidement exposés les caractères symptomatiques et la marche des délires septiques. Il nous reste à en rechercher les causes et à en donner la pathogénie qui est aujourd'hui encore loin d'être tirée au clair. C'est à quoi nous allons essayer dans le chapitre suivant.

CAUSES ET PATHOGÉNIE. — DIAGNOSTIC

Les causes, à l'occasion desquelles les délires septiques apparaissent, sont très variables, et leur diversité annonce qu'on ne peut invoquer une cause déterminante unique ; aussi disons-le de suite, nous ne croyons pas que tous ces délires puissent être rattachés à une seule et même cause. William Hunt cite l'influence des hémorrhagies soudaines et abondantes ; mais c'est là nous semble-t-il une cause qui entraîne plutôt de la divagation par anémie, accompagnée paraît-il de sensations agréables plutôt que du délire à proprement parler.

Récemment encore, nous avons vu un cas de ce genre à l'hôpital Necker ; il s'agissait d'une femme qui était tombée sous la roue d'une pesante voiture et se trouvait à la dernière extrémité avec une énorme hémorrhagie dans le péritoine. Elle n'avait plus de pouls, la respiration était haletante ; sa physionomie était peu modifiée, sauf une extrême pâleur des téguments. Elle était agitée, très loquace mais non délirante. Elle racontait très bien son accident jouissait d'une rare lucidité intellectuelle et répondait de suite et très sensément à toutes les questions.

De temps en temps elle disait seulement : « Je m'en vais, je sais bien que je suis perdue... Je meurs !.... etc. » mais ce n'est point là du délire. Cette femme mourut en quelques minutes.

Cependant, en particulier dans les ambulances en temps

de guerre, peut-être à cause de l'état de surexcitation intellectuelle, les grandes hémorragies peuvent conduire au délire.

Le même auteur met encore en cause les morsures de serpents venimeux ; ici outre l'intoxication par le virus spécifique, il y a l'action de l'horreur, de l'effroi que détermine l'accident. On peut en dire autant des piqûres de certaines mouches et de certains insectes.

Mais c'est surtout après les grands traumatismes, après les opérations graves et de longue durée, telles que les opérations pratiquées aujourd'hui en gynécologie. (Le Dentu) que ces délires éclatent.

On les observe encore, mais plus tardivement, dans la convalescence des maladies graves ou à la suite de traumatismes ayant entraîné une suppuration prolongée, comme par exemple dans les observations II et III. Chose remarquable, ces accidents cérébraux surviennent dans ces cas, alors que la plaie locale est en bonne voie et qu'aucune complication ne peut être incriminée de ce côté. Dans les plaies étendues, dans les fractures ouvertes, dans les plaies par arrachement, dans les écrasements (obs. I), les brûlures, les érysipèles, même dans les fractures fermées, le délire n'est pas rare.

Mais une influence indéniable, est celle des émotions morales vives, de la frayeur, de la colère, de la fureur comme l'ont bien montré Reeb et Poncet, lorsqu'ils disent dans leur récit : « Au moment du bombardement, dans les salles d'hôpitaux on se fût cru au milieu des salles d'aliénés. »

Quant au sexe, il n'a pas l'importance supposée par Dupuytren, cet auteur considérait les femmes comme rarement atteintes de ce délire, mais à cette époque la gynécologie opératoire était réduite à rien ou à peu près. Aujourd'hui

d'hui M. le Dentu sur 68 cas, qu'il a relevés, trouve 38 interventions sur l'appareil génital de la femme.

Sans vouloir généraliser outre mesure, contentons-nous ici de rechercher la cause immédiate du délire chez les malades dont nous rapportons les observations. D'abord il nous faut établir un premier point ; c'est la nécessité d'une prédisposition du système nerveux à réagir aux excitations par une forme délirante. Cette prédisposition peut dater de longtemps ; elle peut exister à l'état de tare héréditaire chez les gens de famille névropathique, ou bien s'être développée pendant la vie sous l'influence d'états spéciaux et particulièrement de l'intoxication chronique par les boissons alcooliques. Enfin il est évident que la prédisposition du système nerveux, comme le prouvent les faits que nous avons déjà cités, peut naître au moment même, presque en même temps que les autres causes auxquelles on peut imputer le délire : c'est ainsi qu'elle est produite par de vives impressions morales, par un violent chagrin, une frayeur intense etc.....

Si nous envisageons nos cinq observations nous voyons que le délire dans la dernière peut être mis sur le compte du diabète et de la sénilité avec artério-sclérose ; d'accord mais ce trouble mental n'avait aucun des caractères habituels des accidents nerveux du diabète, non plus que dans l'observation III, et dans celle-ci, on avait cherché l'artério-sclérose sans en trouver aucun symptôme.

L'examen des urines a décelé la présence d'albumine dans les observations I et V ; faut-il en conclure à des accidents d'urémie délirante ? Peut-être ; mais nous remarquerons encore que chez la cinquième malade, le délire ne pouvait à aucun point de vue être rapproché du délire urémique dont la forme est absolument différente. Chez le premier malade, comment expliquer la cessation brusque des acci-

dents après l'amputation du membre gangréné ? Est-ce vers l'intoxication alcoolique, qu'il faut alors se retourner pour chercher la raison de ces délires ? Sans doute l'alcoolisme peut jouer ici un certain rôle. Mais dans l'observation III et dans l'observation V, cette cause faisait nettement défaut ; chez notre deuxième malade l'éthylisme était à peine marqué. En tous les cas il y a loin de ces délires à la forme connue sous le nom de *delirium tremens*, comme nous le verrons tout à l'heure, une autre influence, que l'on pourrait encore supposer, est celle des maladies du foie et du cœur. La folie brighique a laissé place à ses côtés au délire asystolique et aux accidents nerveux hépatiques que Léopold Levy (1) vient d'étudier tout récemment sous le nom d'hépatotoxémie. Dans les cas que nous rapportons, le cœur fonctionnait bien et le foie dans la plupart de nos observations ne pouvait guère être mis en cause.

Il reste enfin une dernière influence qui pourrait être mise en avant dans toutes nos observations et qui nous semble avoir une certaine importance, sinon une valeur absolue, c'est l'intoxication par résorption. Les produits toxiques peuvent en effet être absorbés facilement dans les grands traumatismes qui ouvrent de nombreuses voies d'entrée. Ils peuvent aussi s'accumuler dans l'organisme, lorsqu'il existe un foyer septique, persistant pendant longtemps et dans lequel les toxines se forment sans cesse, qu'elles soient le résultat de certaines sécrétions microbiennes, ou de la décomposition des éléments anatomiques eux-mêmes. Dans ces circonstances, l'intoxication est d'autant plus facile, que l'organisme se trouve affaibli, avec une résistance vitale moindre, du fait même de la suppuration étendue, abondante et prolongée.

(1) Léopold LEVY Thèse de Paris 1896.

Nous pensons donc que de même que l'intoxication a pu être invoquée comme cause de diverses affections, comme l'épilepsie par exemple (1), de même elle peut jouer un rôle important dans la production des délires que nous appelons de ce fait, des délires septiques.

Sans doute, cette théorie ne s'appliquera peut-être pas à la totalité des cas, surtout elle ne sera pas toujours la seule plausible. Mais elle nous semble logique, en rapport avec les faits observés et d'ailleurs elle n'exclut pas les autres influences dont nous avons parlé plus haut ; aussi croyons-nous que le plus souvent, les délires dont nous parlons ici relèvent de causes fort complexes et variables parmi lesquelles, la prédisposition nerveuse et l'intoxication par résorption sont les plus constamment observées. Ajoutons encore que le changement dans les habitudes d'activité, l'air confiné des salles d'hôpitaux, l'inaction peuvent avoir leur influence sur ces états mentaux.

Quant au diagnostic de ce genre de délire, il doit être fait surtout avec le délire alcoolique dans ses diverses modalités. Dans l'alcoolisme, le délire dépressif est rare à la suite de traumatismes.

D'après M. le Dentu qui a donné les bases de ce diagnostic, il faut rechercher avant tout à s'enquérir des antécédents du malade, on se basera ensuite sur l'absence de tremblements fibrillaires des muscles de la face, des lèvres, de la langue et aussi des membres, sur les troubles du langage, défaut d'articulation des mots, sur l'absence de la fièvre et de la transpiration profuse pour penser à la forme que nous étudions.

D'ailleurs, dans l'alcoolisme, la face est vultueuse, et le

(1) *De l'intoxication dans l'épilepsie*, J. VOISIN et R. PETIT, arch. de Neurologie.

délire tout-à-fait incohérent ; s'il y a dans les deux cas des idées professionnelles dominantes, on ne retrouve guère dans le délire des alcooliques d'idées calmes, d'idées de persécution avec dépression. Mais en somme, c'est par le groupement de tous ces caractères qu'on arrive au diagnostic, bien plutôt que par la constatation d'un signe pathognomonique que nous ne saurions d'ailleurs indiquer jusqu'à présent.

Quant au délire hystérique et à l'hystéro-traumatisme, ils sont assez faciles à distinguer, et nous n'y insisterons pas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

François-Joseph Be..., 39 ans, charretier, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur Le Dentu, salle Malgaigne, n° 34, le 9 juin 1896.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans, écrasé par une voiture. Mère morte à 62 ans, on ne sait de quoi.

Un frère est mort en 1870 (blessure), un autre est mort des fièvres à Madagascar.

Antécédents personnels. — Il y a 4 ans, le malade eut une pneumonie pour laquelle il a été traité à Necker, puis une seconde la même année. Il y a 2 ans, nouvelle pneumonie. Pendant ces trois pneumonies le malade a eu du délire furieux, ayant nécessité l'emploi de la camisole de force, pendant quatre jours, la dernière fois. Il a eu vraisemblablement du delirium tremens.

Le malade est éthylique; il boit au moins deux litres et demi de vin pur par jour, et en moyenne quatre absinthes depuis l'âge de 19 ans.

Histoire actuelle. — Le 9 juin, conduisant un tombereau de sable, il fait un faux pas et tombe. La roue du tombereau lui écrase complètement le pied droit. On conduit le malade de suite à Necker où la partie écrasée est embaumée suivant la méthode de M. Reclus.

Traitement. — Rhum, 150 gr., potion à l'acétate d'ammoniaque. Injection sous-cutanée de 300 gr. de sérum artificiel.

Les urines contiennent une forte proportion d'albumine. Le 10 juin, on note du délire dans la nuit, à caractère violent

Le 13 juin, légère amélioration, le malade a dormi un peu cette nuit; il n'a pas eu de délire.

La nuit du 13 au 14, le délire reparaît et s'accuse davantage, non seulement le malade est loquace, mais il s'agite, gesticule, et se lève avec son pansement pour aller s'asseoir sur une chaise. Son délire est marqué par la note professionnelle, il ne cesse de crier après ses chevaux qui, dit-il, ne veulent plus marcher. Il conduit sa charrette et rencontre mille embarras, mille obstacles; l'une de ses bêtes ne tire pas sur les traits, il la menace en l'invectivant d'expressions grossières, et feint de lui donner des coups de fouet; il croit tenir un fouet à la main et le montre.

Cependant le pouls reste assez fort, mais rapide et vibrant, on compte le matin 120 pulsations à la minute.

Localement, pas d'œdème du membre, pas d'odeur repoussante, pas de lymphangite. On ne trouve aucun signe permettant d'incriminer l'intoxication iodoformée par la pommade qui a servi à l'embaumement du pied; pas la moindre éruption.

Depuis son entrée, le malade n'a pas été à la selle. Un lavement provoque deux évacuations abondantes.

Le 15 juin. L'état général est meilleur; pas de lymphangite, ni d'œdème; on commence à faire prendre un peu de lait au malade qui l'accepte après avoir tout refusé jusqu'alors.

Le 16 juin, sécheresse de la langue; le délire reparaît, moins bruyant; le malade parle constamment; il croit s'adresser à ses compagnons de travail et leur offre des consommations.

Le 17 juin. Plusieurs selles en diarrhée dans la nuit et dans la journée.

L'albumine est toujours très abondante et les urines sont rares.

On injecte 10 à 15 gr. de sérum antitétanique, venant de l'Institut Pasteur. Le malade avait un peu de raideur de la nuque, mais sans trismus, ni autres symptômes. Le délire continue; la nuit il y a une vive agitation; le malade se croit toujours avec ses chevaux, luttant contre une série de difficultés.

18 juin. L'état général reste le même, le délire continue et nécessite la camisole de force. Le malade veut frapper et menacer ceux qui l'approchent. Accalmie dans la journée; les urines atteignent trois litres, contiennent toujours beaucoup d'albumine. A l'auscultation du cœur, on perçoit d'une façon nette un premier bruit soufflé à la pointe, et surtout un roulement présystolique très bien caractérisé. A la base, le premier bruit est sourd, mal frappé, le second, au contraire, est éclatant et clangoreux. La respiration est à peu près normale, à part quelques râles trachéens et quelques ronchus sonores disséminés dans les deux poumons.

Le pouls est devenu un peu plus faible; il bat à 80 pulsations à la minute.

Pansement avec la pommade de Reclus; on constate en défaisant son pansement que la peau du pied écrasé est momifiée; au niveau de la plante du pied les parties superficielles se sphacèlent; les parties profondes sont très vivaces. Il n'y a pas d'œdème du membre, ni de lymphangite.

Le malade est assez pâle; il a les yeux un peu excavés et paraît se cachectiser un peu.

Le 20 juin, le délire et l'agitation augmentent beaucoup. Le malade toujours hanté par ses occupations, s'agite, se lève, veut frapper les gens qui l'approchent et qui veulent, dit-il, empêcher ses chevaux de passer ou arrêter sa charrette. Il saisit son verre sur sa table, sa cuillère, sa fourchette, tout ce qui lui tombe sous la main et le jette à la face des malades qui sont aux fenêtres, en proférant des menaces, des injures, ou des paroles incohérentes.

Vin laudanisé avec 30 gouttes de laudanum chaque jour. Le pouls reste un peu plus calme, mais la langue est très sèche et comme rôtie.

Camisole de force.

Le 23 juin, M. le professeur Le Dentu décide et pratique l'amputation de la jambe au tiers inférieur. Anesthésié à l'éther. Rien de spécial au cours de l'amputation.

Le 25 juin, le malade est un peu plus calme, il est en proie

à un délire tranquille, dans lequel il voit toujours ses chevaux et il leur parle.

Depuis le 26 juin le délire a complètement cessé ; la langue redevient humide ; le pouls est mieux frappé et bat de 60 à 70 pulsations par minute.

Le facies reste un peu pâle et défait, mais le malade a sa pleine connaissance ; il répond avec bon sens aux questions qu'on lui pose et peut donner tous les renseignements qu'on lui demande. L'agitation a disparu.

Les urines ne contiennent plus d'albumine et l'état général s'améliore chaque jour.

Localement l'état est excellent, le lambeau a bien repris par première intention et le malade est en voie de guérison actuellement.

Réflexions. — Dans cette observation nous remarquons trois points particulièrement intéressants, ce sont : d'abord les variations du délire, ressemblant tantôt au délirium tremens, par l'agitation, la loquacité et la fureur, tantôt au contraire au délire sénile, par son calme et sa tendance à la dépression ; ensuite les effets favorables de la méthode de l'embaumement de la région contuse car il est certain, étant donné l'état du pied à l'entrée à l'hôpital, que la suppuration et la gangrène eussent pris une toute autre tournure sans l'emploi de la pommade Reclus ; au second pansement c'est à peine s'il y avait une légère odeur spéciale. Enfin la disparition de tous les accidents, délire, agitation, albumine et le relèvement rapide de l'état général après l'amputation.

Comment interpréter le délire qu'a présenté ce malade ? Les causes en sont, pensons-nous, très complexes. Sans doute il n'y a pas lieu de penser au délire sénile en raison de l'âge du malade et de son retour rapide à la santé. Mais il est alcoolique et alcoolique renforcé, il est évidemment de ce fait prédisposé au délire et à l'agitation ; il en a déjà

présenté au cours de ses trois pneumonies et à certains moments il donnait bien le tableau du *delirium tremens* ; mais d'autre part il a des reins malades et ses urines ont contenu de l'albumine, fait dont on doit tenir compte.

Ajoutons à cela, que s'il a présenté les caractères du délire alcoolique à certains moments, la marche de l'état mental n'est pas absolument celle de cette affection ; il y a eu des alternations d'excitation et de dépression ; le délire tout en gardant le caractère du délire professionnel, était à certains moments un délire calme et tranquille.

On peut donc supposer ici que ces trois facteurs, *alcoolisme, albumine, intoxication par résorption des produits septiques*, ont pu agir à la fois sur ce système nerveux prédisposé aux réactions délirantes par l'abus continuel de la boisson ; et que les formes de délire ont varié suivant que l'action de tel ou tel facteur était prédominante.

L'influence de la résorption des produits septiques nous semble d'autant plus manifeste, que la suppression du foyer septique par amputation à coupé court à tous les accidents.

OBSERVATION II

Joseph Lef..., 30 ans, terrassier, entre à l'hôpital Necker le 14 mai 1896, dans le service de M. le professeur Le Dentu, salle Malgaigne, lit n° 17.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure ; cet homme ne présente aucun des signes communs d'éthylisme, il boit cependant un peu de temps à autres, mais assez modérément.

Histoire actuelle. — Ce matin, en conduisant ses chevaux attelés à un camion, il fait un faux pas sur un caillou, tombe et se trouve pris sous l'une des roues du camion qui lui com-

prime le flanc gauche, le flanc droit appuyant sur le bord du trottoir. Le malade qui avait à ce moment envie d'uriner, ressentit une douleur très vive dans le bas ventre et le bassin.

A l'examen, le lendemain de son entrée on constate une fracture des deux dernières côtes gauches. Douleur très vive généralisée à tout l'abdomen, contracture considérable des muscles de la paroi empêchant de rien sentir au-dessous.

Le malade n'urine pas spontanément ; on le sonde sans difficulté et l'urine est sanglante. On pense à une contusion du rein, avec réserve pour l'état des autres viscères abdominaux. Toutefois le malade n'a pas de nausées, il n'a pas vomé ; il se plaint du rein, du ventre, des jambes.

Injection de caféine le soir.

Le 13 au matin, l'état général est grave, le malade a les traits tirés, les yeux creux et cernés ; il a eu des crampes dans les jambes toute la nuit, spécialement dans la jambe gauche. Il a uriné un peu seul, mais insuffisamment et l'urine était sanglante. Le cathétérisme donne un demi-litre d'urine mêlée de sang noir. L'abdomen est toujours fortement contracté et excessivement douloureux, plus même qu'hier. On constate de plus à la région lombaire à gauche de la ligne médiane, une ecchymose, large comme la pomme de la main. Le malade a quelques nausées ; cependant il a eu cette nuit une selle normale spontanément. •

En présence de l'état général grave, et de la vive douleur abdominale avec anxiété et urines sanglantes, M. le professeur Le Dentu juge une intervention urgente.

Anesthésie à l'éther.

Incision médiane. — On tombe sur une paroi abdominale antérieure infiltrée de sang, et cet état des muscles et du tissu conjonctif est d'autant plus accusé qu'on se dirige plus vers la symphyse pubienne. Le chirurgien porte son action vers la partie inférieure de la plaie en évitant d'ouvrir la cavité péritonéale et tombe bientôt dans une cavité d'où s'échappe une énorme quantité d'urine mêlée de sang. En explorant au doigt cette cavité, on sent la vessie rompue verticalement sur

sa face antérieure depuis son sommet jusqu'à un demi centimètre du col environ ; cet organe est complètement rétracté en arrière.

Le péritoine pelvien a été décollé par l'épanchement de sang et d'urine et se trouve remonté à la partie supérieure. Le doigt explorateur sent les parois du bassin transformé en un réservoir que remplissait l'urine mêlé de sang.

Les parois de la vessie étaient rétractées et profondément retirées dans le bassin, leur infiltration les avait rendues si faibles que l'on dûe renoncer à tenter une suture de la vessie ; le pouls du malade était devenu excessivement faible et il fallait aller rapidement. Deux points de suture, un de chaque côté, fixent en haut les bords de la rupture vésicale le mieux possible aux lèvres de la plaie opératoire. Les décollements latéraux sont bourrés de gaze iodoformée et un drain faisant siphon dans un récipient est placé dans ce qui reste de la cavité vésicale.

Quelques points de suture pour rétrécir par en haut seulement la plaie cutanée et éviter l'éventration.

Dans la journée le malade a quatre vomissements verdâtres. Injection intra-veineuse de 800 gr. de sérum artificiel dans la céphalique du bras gauche.

14 juin. Le pouls est moins rapide (120 au lieu de 132, mais il est encore très faible, le malade n'a vomi qu'une fois ; il est très affaîsée.

40 respirations par minute, facies tiré, langue un peu sèche, état mental excellent.

Le drain faisant siphon a bien fonctionné.

Injection intra-veineuse de 500 grammes de sérum artificiel.

15 juin — On refait le pansement, on change les mèches iodoformées qui bourrent l'excavation pelvienne ; une sonde à demeure est placée dans l'urèthre et le drain est coupé au niveau de la plaie.

Nouvelle injection intra-veineuse de 500 gr. de sérum artificiel.

16 juin. — Pansement. Suppuration assez abondante,

odeur ammoniacale très prononcée. Cependant la sonde à demeure fonctionne bien ; lavages boriqués et phéniqués faibles par la sonde uréthrale et par le drain.

L'état général est meilleur ; mais le malade est très pâle son pouls et sa respiration sont moins fréquents.

Même pansement et mêmes lavages chaque jour.

Mais avant cette intervention le malade présente du délire. Chez lui le délire prend une forme triste et de persécution. Le malade parle bas ou à mi-voix, il marmotte entre ses dents des phrases privées de sens, ou bien il dit qu'on veut le martyriser, le faire souffrir. Il essaie d'enlever sa sonde uréthrale, mais il la laisse remettre quand on lui parle avec autorité. Il essaie de persuader que son pansement n'a pas besoin d'être fait ; puis il le laisse faire quand on le lui ordonne ; il prend alors une expression profondément triste et résignée.

L'appétit est très diminué, le teint cachectique et le malade maigrit de plus en plus.

Le 12 juin il se lève et veut s'habiller pour partir, convaincu qu'on lui en veut et qu'on le persécute à l'hôpital. Lorsqu'il est surpris en train de mettre ses vêtements il devient craintif et tremblant et essaie de prouver qu'il n'a pas de mauvaise intention. Il s'excuse comme un enfant qui craint une remontrance.

Parfois il s'adresse à ses chevaux pour les exciter à tirer où bien il se figure parler à un malade imaginaire.

Chez ce malade son délire a donc deux caractères persistants ; le délire professionnel, et les idées de persécution.

A partir du 13 juin le délire a disparu, la plaie s'est rapidement rétrécie et actuellement il ne reste que la place occupée par le drain qui reste à demeure.

L'appétit est revenu. Le malade a un facies meilleur ; il est gai, raisonne bien, il reconnaît parfaitement tous les gens du service.

Réflexions. — Nous remarquons dans cette intéres-

sante observation que la forme du délire n'a rien présenté qui rappelât de près ou de loin le *delirium tremens*.

Le malade est peu éthylique d'ailleurs et mises à part les préoccupations professionnelles, son état mental n'avait aucun des caractères du délire alcoolique.

Ajoutons encore, que le délire est survenu tard, au bout d'un assez long temps de suppuration abondante, et cela sans que l'urine ait été retenue à ce moment, le drain et la sonde ayant été surveillés de très près.

Enfin la température pendant toute la période délirante a oscillé autour de 38°, alors qu'elle avait été auparavant beaucoup plus élevée.

OBSERVATION III (résumée).

Nicolas Arm... âgé de 63 ans, garçon de recette entre le 9 avril 1896 à l'hôpital Necker, salle Malgaigne. — Pas d'antécédents nerveux dans sa famille ; pas trace d'éthylisme. Il entre à l'Hôpital pour une gangrène diabétique de l'index droit avec phlegmon de la main.

Il ignorait sa glycosurie jusqu'à ce moment ; lorsqu'il apprit qu'il était diabétique il en fut très frappé. — Son état local est traité soigneusement ; il marche vers la guérison, après avoir eu un foyer suppuré à la malléole externe. — Il allait donc très bien, n'ayant pas de température depuis plusieurs jours, lorsque le 26 avril il commença à avoir des allures bizarres ; puis le délire s'établit ; délire calme et tranquille. Le malade est préoccupé par ses recettes dont il croit encore être chargé ; il compte sans cesse son argent, vous montre une sacoche imaginaire.

Les jours suivants le malade est très loquace ; il vous parle de sa famille et vous prend pour un de ses parents dont il vous donne le nom. — « Je viens, dit-il, d'Orléans où j'ai été « voir notre parent commun ; j'ai fait la route à pied ; il y a

« loin ; mais j'arrive, voici les fortifications. — Je suis las !
« ils auraient bien pu me faire conduire en voiture ». — Ce disant, le malade se lève en chemise et déambule pieds nus dans la salle ; on a beaucoup de peine à le faire recoucher.

Bientôt apparaissent des idées de persécutions ; on veut lui prendre sa place dans la maison de banque. — On veut lui voler son sac de garçon de recette ; on l'empêche de faire ses comptes : Il devient triste. — Pas d'élévation de température.

Délire bruyant, le malade doit être attaché dans son lit car il s'amuse à jeter son verre et tout ce qui lui tombe sous la main contre, la fenêtre voisine. — Ces actes son sans motifs plausibles, et n'ont aucun rapport avec des idées délirantes. — Cet état dure deux jours.

Ensuite le malade redevient calme. Il sort emmené par des parents et revient se faire panser. — Revu le 19 juin il est en bonne santé, jouissant de toutes ses facultés mentales. — Pas d'albumine dans l'urine, pas d'affection cardiaque pas d'artério sclérose bien accusée.

OBSERVATION IV (résumée) service de M. le professeur
Le Dentu.

Jules Dr... 65 ans, entre à l'Hôpital Necker, salle Malgaigne n° 5, le 17 février 1896.

Antécédents nuls.

À la suite d'un coup de pied de cheval, cet homme a eu un hygroma suppuré pré tibial pour lequel il est entré à l'hôpital. Incisions, drainage. Il allait bien et n'avait plus de fièvres depuis le 28 février, lorsque le 6 mars, sans élévation de température il est pris de délire furieux, avec agitation extrême et tendances violentes. — Il se lève, veut s'en aller parce qu'on le brutalise ; il va dit-il chercher de l'ouvrage. — Il travaille actuellement à des terrassements et se donne beaucoup de mouvements ; il simule les gestes des terrassiers armés de la bêche ; lorsqu'on l'approche pour le faire coucher il profère

des insultes, des menaces et frappe violement. On doit lui mettre la camisole de force.

Pas de fièvre, pas d'albumine, pas d'artério-sclérose. Le malade sort dans cet état, sous la responsabilité de sa femme qui l'emmène.

Quatre jours plus tard, il revient se faire panser. L'état de l'intelligence est excellent; pas traces d'idées délirantes. Le malade est très calme. Son état local est très satisfaisant.

OBSERVATION V

Elisa An..., 63 ans, concierge, entre le 11 mai à l'hôpital Necker, service de M. Le Dentu, Salle Lenoir.

Antécédents nerveux dans la famille.

Diabétique. Gangrène du gros orteil du pied droit. Pas d'élévation de température. Suppuration assez abondante. Apparition de nouveaux points sphacelés sur la plante des pieds. Albumine dans l'urine Athérome très marqué. Pas d'éthylisme.

Le 11 juin, légère ascension de la température à 38°,5.

Le 14 juin. Délire calme et tranquille. La malade se croit persécutée. On veut la retenir de force à l'hôpital pour lui faire perdre sa place. On veut lui voler ses affaires; ses voisines l'insultent et se moquent d'elle. Elle cherche à se lever et veut s'habiller pour quitter l'hôpital. Quand on veut l'en empêcher, elle prétexte qu'elle n'a pas balayé l'escalier et qu'elle va perdre sa place; mais elle se résigne avec une physionomie profondément triste.

Cet état s'accroît jusqu'au 27 juin; la malade s'agite, est très loquace, mais s'exprime distinctement. Mort le lendemain.

CONCLUSIONS

De cette étude nous devons, en terminant, tirer quelques conclusions, dans lesquelles nous en résumerons les points les plus importants.

I. Le délire, dit délire nerveux, par Dupuytren, traumatique par d'autres auteurs, et que nous avons décrit ici sous le nom de délire septique, est bien un délire spécial et ne doit pas être confondu avec le *délirium tremens*. Le diagnostic entre ces deux affections pour être délicat n'en est pas moins possible.

II. Il peut revêtir deux formes tout à fait distinctes au point de vue clinique :

- 1° Délire bruyant avec excitation furieuse ;
- 2° Délire calme et tranquille avec dépression.

Ces deux formes peuvent d'ailleurs se succéder chez le même individu.

III. Les traits caractéristiques de ces délires quelle qu'en soit la forme sont :

- 1° Les erreurs de nom, de lieux et de choses ;
- 2° Les hallucinations de la vue ;
- 3° Les idées professionnelles ;
- 4° Les idées de persécution.

Il ressemble beaucoup dans sa forme dépressive et calme au délire sénile.

IV. Le pronostic doit être réservé, bien que la terminaison habituelle soit la guérison.

V. Plusieurs influences pathogéniques sont possibles.

1° Il faut d'abord dans tous les cas penser à la prédisposition nerveuse aux réactions délirantes, due soit à une prédisposition ancienne, héréditaire ou acquise (alcoolisme, etc), soit à l'état d'excitation ou de dépression du système nerveux par influence morale momentanée.

2° On peut inscirminer l'athérome du cerveau.

3° L'ébranlement nerveux.

4° L'infection, ou plutôt l'intoxication par les produits de sécrétion des agents infectieux, ou la résorption des produits de décomposition des éléments anatomiques.

5° L'alcoolisme.

6° Les maladies des reins, du foie et du cœur.

Chacune de ces causes peut être mise en avant, mais aucune n'est démontrée à l'exclusion des autres et il faut sans doute accorder une certaine part plus ou moins large, suivant les cas, à plusieurs d'entre elles.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse

STRAUS

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale, 2^e édition 1839, tome II. (Paris).
- CHAILLOU. — Thèse de Paris. 1833
- FOURNIER. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, tome I. Alcoolisme.
- FESTAL. — Délires nerveux traumatiques. — Thèse de Paris, 1877.
- LE DENTU. — Etudes de clinique chirurgicale. Paris.
- WILLIAM HUNT. — Encyclop. internat. de chirurgie. Tome I. Article Delirium traumaticum.
- FAYRER. — The Thanatophidia of India.
- JOHN BROWN. — Rab and his Friend (cité dans l'Encyclopédie internationale de chirurgie).
- NÉLATON. — Pathologie chirurgicale. Tome I.
- RECLUS. — Nouveau traité de chirurgie.
- CHOMEL. — Traité de pathologie générale. Paris.
- GRIESINGER. — Maladies mentales. Paris.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales. Tome I.
- RECLUS. — Manuel de pathologie externe. Tome I.
- FOVILLE. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article Délire. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. (Plaies, complications. Délire).
- RICARD. — Traité de chirurgie clinique et opératoire (Le Dentu et Delbet).
Traité de Pathologie générale de Bouchard. Tome I. (Intoxications. Auto-intoxications).
- LÉOPOLD LÉVY. — Thèse de Paris 1896.

